

피부 필러 동의서

히알루론산 및 기타 피부 필러 주입에 대한 정보 제공 동의서

고객 정보

이름 *

성 *

이메일 주소 *

전화번호 *

생년월일 *

YYYY / MM / DD

시술 상세 정보

필러 제품 *

☐ 주베덤 (볼루마, 볼루르, 볼벨라)

☐ 레스틸레인 (리프트, 실크, 디파인, 리파인)

☐ 라디에스

☐ 스컬프트라

☐ RHA 컬렉션

☐ 레바네스 버사

☐ 기타

시술 부위 *

☐ 입술

☐ 콧방울주름 (팔자주름)

☐ 마리오네트선

☐ 볼/중안부 볼륨

☐ 턱 확대

☐ 턱선 윤곽

☐ 눈 아래/눈물자국

☐ 관자놀이

☐ 비수술적 코 성형

☐ 손

건강 선별 검사

이전에 피부 필러 주입을 받은 적이 있습니까? *

☐ 예

☐ 아니오

예인 경우 이전 합병증을 설명하세요

영구 또는 반영구 필러(예: 실리콘, PMMA)를 받은 적이 있습니까? *

☐ 예

☐ 아니오

지난 2주 이내에 치과 시술을 받았거나 예정되어 있습니까? *

☐ 예

☐ 아니오

헤르페스(단순 헤르페스)의 병력이 있습니까? *

☐ 예 ☐ 아니오

자가면역 질환이 있습니까? *

☐ 예 ☐ 아니오

위험 및 합병증

잠재적 위험 및 합병증:

- 주입 부위의 멍, 부기, 발적 (흔함, 1-2주 내에 해결됨)
- 비대칭 (재시술이 필요할 수 있음)
- 피부 아래의 혹이나 덩어리
- 틴달 효과 (특히 눈 아래에서 파란색 변색)
- 주입 부위의 감염
- 욱아종 형성 (염증 반응)
- 혈관 폐색 — 혈관의 막힘으로 조직 손상이나 극히 드문 경우 시력 변화 또는 실명 초래 가능
- 피부 괴사 (혈류 공급이 손상된 경우 조직 사멸)
- 제품 이동 (의도한 부위에서 벗어남)
- 알레르기 반응 (히알루론산 필러의 경우 드문 편)

히알루로니다제(하일렌엑스)는 합병증 발생 시 히알루론산 필러를 녹이기 위해 사용할 수 있습니다. 비-HA 필러는 녹일 수 없습니다.

혈관 폐색은 피부 필러 주입의 드물지만 심각한 합병증이며 조직 손상, 피부 괴사, 또는 시력 변화를 초래할 수 있음을 이해합니다. 시술 후 비정상적인 통증, 창백함, 또는 시력 변화가 나타나면 즉시 의료 지원을 받아야 함의 중요성을 이해합니다.

혈관 폐색의 위험을
이해합니다: _____

피부 필러 시술의 잠재적 위험 및 합병증에 대해 알려받았습니다. 결과가 다양하며 필러는 일시적이고 추가 시술이 필요할 수 있음을 이해합니다.

위에 설명된 모든 위험을
인식합니다: _____

서비스 기록

사무실 용도만

	날짜	부위	제품/로트번호	용량 (mL)
항목 1				
항목 2				
항목 3				
항목 4				
항목 5				
항목 6				

동의 및 서명

본인은 피부 필러 주입 시술에 자발적으로 동의합니다. 장점, 위험, 대체 방법 및 가능한 합병증에 대해 알려받았습니다. 질문할 기회를 가졌으며 모든 질문에 만족스러운 답변을 받았습니다. 이것은 선택적 미용 시술이며 결과에 대한 보장이 없음을 이해합니다. 이 시술과 관련된 책임에서 시술자 및 의료 기관을 면책합니다.

위의 정보를 읽고 이해했으며 정보 제공 동의를 제공함을 확인합니다.

위의 정보를 읽고
이해했습니다: _____

서명

날짜

이름 인쇄

날짜 *

YYYY / MM / DD

이 양식은 Consentify에서 무료로 제공됩니다

Consentify는 이와 같은 양식을 클라이언트가 QR 코드로 자신의 휴대폰에서 서명하는 디지털 동의서로 변환합니다 — 자동 PDF 생성, 금기사항 표시, 암호화된 저장소 포함. 무료 플랜을 <https://getconsentify.com>에서 이용할 수 있습니다.

템플릿일 뿐입니다. 사용 전에 자신의 면허를 소유한 전문가 또는 법률 고문과 함께 검토하시기 바랍니다. 요구사항은 관할권과 진료 관행에 따라 다릅니다.